

Seguro de Salud para Niños de Louisiana (LaCHIP) es un seguro médico gratis para niños menores de 19 años.

Modos de solicitar

- Por Internet** – Solicite en www.LaCHIP.org
- Por correo** – Envíe la solicitud y los comprobantes por correo a

LaCHIP
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA
70821-9278
- Por fax** – Envíe por fax el formulario de solicitud y los comprobantes al **1-877-523-2987 (gratis)**
- Personalmente** – Deje la solicitud y los comprobantes personalmente en su oficina de Medicaid/LaCHIP local. Llame al **1-877-252-2447** para consultar la dirección de su oficina local.

Límites de ingresos

Tomamos en cuenta los ingresos brutos de los padres (antes de deducciones). Los límites de ingresos se basan en el tamaño de la familia. *No tomamos en cuenta a los abuelos u otros tutores en el tamaño de la familia, entonces tampoco se incluyen sus ingresos.*

Si sus ingresos se encuentran por sobre estos límites, aún puede ser apto, ya que otorgamos deducciones según el tipo de ingreso y gastos (como manutención infantil y cuidado diurno).

Número en la familia	Límites de ingresos hasta el 31 de marzo, 2010	
	Ingresos semanales	Ingresos mensuales
1	\$451	\$1,805
2	\$607	\$2,429
3	\$763	\$3,052
4	\$918	\$3,675
5	\$1,074	\$4,299
6	\$1,230	\$4,922
7	\$1,386	\$5,545
8	\$1,542	\$6,169

Por cada persona adicional, agregue \$624.

Si sus ingresos superan estos montos, consulte la información acerca del LaCHIP Plan Económico al reverso de este folleto.

LaCHIP cubre lo siguiente

- ★ Visitas al médico
- ★ Visitas al hospital
- ★ Atención dental
- ★ Atención oftalmológica
- ★ Atención audiológica
- ★ Exámenes de laboratorio
- ★ Vacunas
- ★ Medicamentos recetados
- ★ Equipo y suministros médicos
- ★ Transporte medicamento necesario
- ★ Terapia del habla y lenguaje
- ★ Fisioterapia
- ★ Terapia ocupacional
- ★ Servicios clínicos de salud mental
- ★ Exámenes y terapia psicológicos
- ★ Ayuda para solicitar citas

Usted elige a su médico

Puede obtener atención de cualquier médico o clínica que acepte Medicaid/LaCHIP. La mayoría de las personas deben elegir un médico como su doctor de atención primaria.

Otro seguro

Si tiene o puede obtener seguro a través de su trabajo, Medicaid puede ayudar a pagar las cuotas. Llame al 1-866-362-5253 o visite el sitio Web www.LAHIPP.DHH.Louisiana.gov.

Ayuda para la compra de alimentos

Otra oficina decide la ayuda para la compra de alimentos (tarjeta de compra de Louisiana). Llame al 1-888-524-3578 o visite el sitio Web www.DSS.LA.gov.

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, llame al **1-877-252-2447**. Si es sordo o tiene dificultad para oír y utiliza un teléfono de texto TTY, llame al **1-800-220-5404**. Su llamada será gratuita.

Plan LaCHIP Affordable

Si su hijo no es apto para el programa gratuito LaCHIP debido a los ingresos de su familia, puede ser apto para **LaCHIP Plan Económico**, un programa de bajo costo.

LaCHIP Plan Económico tiene copagos y una prima (cuota) mensual de \$50 para cubrir a todos los niños de la casa.

LaCHIP Plan Económico ofrece diferentes beneficios que los servicios de LaCHIP indicados en este folleto. Visite www.LaCHIP.org para obtener más información sobre los servicios cubiertos por **LaCHIP Plan Económico**.

Sus derechos

Si cree que la decisión que tomamos es injusta, no es correcta o se efectuó demasiado tarde, puede solicitar una audiencia justa:

- 1 Llame a la oficina de LaCHIP al 1-877-252-2447 Ó
- 2 Escriba a
LA DHH Bureau of Appeals
P. O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183 OR
- 3 Llame o escriba a su oficina
Medicaid/LaCHIP local

LaCHIP es un programa que ofrece igualdad de oportunidades

Medicaid/LaCHIP no puede tratarle diferente debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si cree que lo hemos hecho, puede:

- 1 Llamar a U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights, en Dallas, TX al 1-800-368-1019 Ó
- 2 Escribir a
LA Dept. of Health & Hospitals
P. O. Box 4818
Baton Rouge, LA 70821-4818 Ó
- 3 Llamar o escribir a su oficina
Medicaid/LaCHIP local

This public document was published at a total cost of \$2,029.50. Two thousand (2,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$2,029.50. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$2,029.50. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 to advise applicants, recipients and other individuals of LaCHIP coverage available through the Medicaid Program under authority of 42 CFR 435.905 (a)(1) and Act 128 of the 1998 1st Extraordinary Session of the Louisiana Legislature. This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

BHSF Form 1-CH Cover Spanish
Rev. 04/09 (English 08/08)
Prior Issue Obsolete



Solicitud de



Seguro médico de bajo costo para niños

Solicite por Internet en
www.LaCHIP.org

1+877+2LaCHIP (252-2447)

¿Necesita traductor de español?
Llame al 1-877-252-2447.

Quý vị có cần thông dịch viên người Việt không? Nếu cần xin gọi số 1-877-252-2447.

Solicitud de



Seguro médico sin costo para niños

Solicite por Internet en
www.LaCHIP.org

1+877+2LaCHIP (252-2447)



Solicitud

Utilice este formulario para solicitar LaCHIP, LaCHIP Plan Económico o Medicaid para niños menores de 19 años. También puede solicitar a través de Internet en www.LaCHIP.org.

Para solicitar mediante este documento:

1. Complete y firme con pluma de tinta negra.
2. Reúna todos los comprobantes que necesitamos.
3. Envíe por correo o por fax el formulario y los comprobantes a:

LaCHIP
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
FAX: 1-877-523-2987

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____
¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____

Nếu quý vị cần đơn tiếng Việt hoặc tham khảo với nhân viên người Việt, Xin gọi số điện thoại miễn phí 1-877-252-2447.

1. ¿Recibe alguien Medicaid en otro estado? Sí, ¿quién? _____ No
Usted no puede recibir beneficios de Medicaid en más de un estado al mismo tiempo. Podemos ayudarle a cancelar su cobertura de Medicaid en otro estado. Debe ser un residente de Louisiana para obtener LaCHIP o Medicaid en este estado.

2. ¿Dónde obtuvo este formulario de solicitud de LaCHIP?

- Oficina de LaCHIP/Medicaid Hospital Farmacia Consultorio del médico
 Amigo/Pariente Internet Clínica de la escuela Oficina de cupones de alimentos Unidad de salud
 Negocio (Tienda, trabajo) Festival/Feria de la salud En otro lugar: _____

3. Información del padre o tutores (En la pregunta 4 indique el otro padre o tutor)

Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Raza/Origen étnico (Opcional: puede marcar una o más opciones): Blanco(a) Negro(a) Asiático(a)
 Hispano(a) o latino(a) Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska Nativo(a) de Hawai o de las Islas del Pacífico Otro(a): _____

Dirección postal _____
Casilla postal o Calle Número de departamento/lote

Ciudad Estado Código postal

Dirección (si es diferente) _____
Calle Número de departamento/lote

Ciudad Estado Código postal

Condado _____ Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de la casa (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____

Teléfono de contacto durante el día (_____) _____

Mejor día y hora para comunicarnos con usted durante nuestro horario de atención (Lunes a viernes, de 8:00 am a 4:30 pm) _____

4. ¿Vive el otro padre/madre o tutor en la casa? Sí – Responda las siguientes preguntas No -
Pase a la pregunta 5

Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-877-252-2447.

Teléfono de texto TTY para personas con discapacidad auditiva: 1-800-220-5404

Raza/Origen étnico (Opcional: puede marcar una o más opciones): Blanco(a) Negro(a) Asiático(a)
 Hispano(a) o latino(a) Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska Nativo(a) de Hawai o de las Islas del Pacífico Otro(a): _____

Relación con la persona indicada en la Pregunta No. 3: Esposo Esposa Amigo(a) Otra: _____

5. Mencione a TODOS los niños menores de 19 años que viven en la casa. Use una hoja por separado si son más de 4.

A. Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Relación con la persona indicada en la pregunta No. 3: Hijo(a) Hijastro(a) Nieto(a) Otra: _____

Relación con la persona indicada en la pregunta No. 4: Hijo(a) Hijastro(a) Nieto(a) Otra: _____

Raza/Origen étnico (Opcional: puede marcar una o más opciones):

Blanco(a) Negro(a) Hispano(a) o latino(a) Asiático(a) Nativo(a) de Hawai o de las Islas del Pacífico Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska – Tribu: _____

¿Este niño está solicitando? Sí – **Responda las siguientes preguntas** No – **Pase a la B**

¿Tiene este niño alguna discapacidad? Sí No Si sí, explique: _____

Lugar de nacimiento: Estado (si nació en EE.UU.) _____ País (si nació fuera de EE.UU.) _____

Nombre de la madre _____
Nombre (Nombre de soltera) Apellido

¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos? Sí – **Pase a la pregunta B** No – **Responda las siguientes preguntas**

¿Es este niño residente permanente legal? Sí No - ¿En qué fecha llegó a EE.UU.? _____

Número de tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) A# _____

B. Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Relación con la persona indicada en la pregunta No. 3: Hijo(a) Hijastro(a) Nieto(a) Otra: _____

Relación con la persona indicada en la pregunta No. 4: Hijo(a) Hijastro(a) Nieto(a) Otra: _____

Raza/Origen étnico (Opcional: puede marcar una o más opciones):

Blanco(a) Negro(a) Hispano(a) o latino(a) Asiático(a) Nativo(a) de Hawai o de las Islas del Pacífico Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska – Tribu: _____

¿Este niño está solicitando? Sí – **Responda las siguientes preguntas** No – **Pase a la C**

¿Tiene este niño alguna discapacidad? Sí No Si sí explique: _____

Lugar de nacimiento: Estado (si nació en EE.UU.) _____ País (si nació fuera de EE.UU.) _____

Nombre de la madre _____
Nombre (Nombre de soltera) Apellido

¿Es este niño ciudadano estadounidense? Sí – **Pase a la pregunta C** No – **Responda las siguientes preguntas**

¿Es este niño residente permanente legal? Sí No - ¿En qué fecha llegó a EE.UU.? _____

Número de tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) A# _____

C. Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Relación con la persona indicada en la pregunta No. 3: Hijo(a) Hijastro(a) Nieto(a) Otra: _____

Relación con la persona indicada en la pregunta No. 4: Hijo(a) Hijastro(a) Nieto(a) Otra: _____

Raza/Origen étnico (Opcional: puede marcar una o más opciones):

Blanco(a) Negro(a) Hispano(a) o latino(a) Asiático(a) Nativo(a) de Hawai o de las Islas del Pacífico Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska – Tribu: _____

¿Este niño está solicitando? Sí – **Responda las siguientes preguntas** No – **Pase a la D**

¿Tiene este niño alguna discapacidad? Sí (Si sí), explique: _____

Lugar de nacimiento: Estado (si nació en EE.UU.) _____ País (si nació fuera de EE.UU.) _____

Nombre de la madre _____
Nombre (Nombre de soltera) Apellido

¿Es este niño ciudadano estadounidense? Sí – Pase a la pregunta D No – Responda las siguientes preguntas

¿Es este niño residente permanente legal? Sí No - ¿En qué fecha llegó a EE.UU.? _____

Número de tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) A# _____

D. Nombre _____ Masculino Femenino
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Relación con la persona indicada en la Pregunta No. 3: Hijo(a) Hijastro(a) Nieto(a) Otra: _____

Relación con la persona indicada en la Pregunta No. 4: Hijo(a) Hijastro(a) Nieto(a) Otra: _____

Raza/Origen étnico (Opcional: puede marcar una o más opciones):

Blanco(a) Negro(a) Hispano(a) o latino(a) Asiático(a) Nativo(a) de Hawai o de las Islas del Pacífico Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska – Tribu: _____

¿Este niño está solicitando? Sí – Responda las siguientes preguntas No – Pase a la pregunta 6

¿Tiene este niño alguna discapacidad? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

Lugar de nacimiento: Estado (si nació en EE.UU.) _____ País (si no nació en EE.UU.) _____

Nombre de la madre _____
Nombre (Nombre de soltera) Apellido

¿Es este niño ciudadano estadounidense? Sí – Pase a la pregunta 6 No – Responda las siguientes preguntas

¿Es este niño residente permanente legal? Sí No - ¿En qué fecha llegó a EE.UU.? _____

Número de tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) A# _____

6. ¿Está alguien embarazada? Sí – Responda las siguientes preguntas No – Pase a la pregunta 7

¿Quién está embarazada? _____ Fecha de parto _____

7. ¿Tiene algún niño seguro de salud? Sí – Complete a continuación No - Pase a la pregunta 8

¿Qué niño o niños están cubiertos? _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de inicio de la cobertura _____

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

¿Tiene esta póliza a través de un trabajo? Sí No Si sí, nombre del empleador: _____

¿Qué cubre la póliza? Hospital Médico Medicamentos Dentista Ambulancia Embarazo

8. ¿Ha finalizado el seguro médico para alguno de los niños en los últimos 12 meses? Sí – Responda las siguientes preguntas No – Pase a la pregunta 9

¿Quién tenía cobertura? _____ Fecha de término de la cobertura: _____

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

¿Por qué terminó la cobertura? Término de empleo Menos horas de trabajo Fallecimiento del padre

Divorcio Se excedió el máximo vitalicio Vencimiento de COBRA El nuevo empleador no ofrece cobertura para los dependientes

Demasiado costoso - Si es demasiado costoso, ¿cuánto costaba la cuota familiar cada período de pago? \$ _____ Otro motivo del término del seguro _____

9. ¿Alguien trabaja? Sí – Complete a continuación No – Pase a la pregunta 10

Incluya todos los sueldos o dinero que reciba del trabajo, trabajo independiente y propinas.

No contabilizamos el ingreso de los abuelos y de otros cuidadores que no sean los padres.

¿Quién trabaja?	Indique el empleador y el número de teléfono o escriba Negocio propio	¿Cuánto recibe? (indique ingresos brutos, antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia recibe su pago? (semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes, mensualmente)	¿Se ofrece seguro?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--	--	---

10. ¿Alguien recibe dinero que no es de un trabajo como de las fuentes indicadas a continuación?

- Seguro Social • SSI • Desempleo • Indemnización laboral • Dinero de amigos/parientes
- Manutención infantil (*indique al niño como la persona que la recibe*) • Pensión alimenticia
- Otro (*indique a continuación*)

Sí – Complete a continuación No – Pase a la pregunta 11

No contamos el ingreso de los abuelos y de otros tutores que no sean los padres.

¿Quién lo recibe?	¿A qué corresponde?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
			<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente
			<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente
			<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente

11. ¿Paga alguien por cuidado infantil o cuidado de alguna persona discapacitada para trabajar o recibir capacitación laboral? Sí – Complete a continuación No – Pase a la pregunta 12

¿Por el cuidado de quién se paga? _____ ¿Quién paga por el cuidado? _____

¿Cuánto se paga? _____ ¿Con qué frecuencia se paga? _____

¿Recibe ayuda para pagarlo? Sí – ¿Cuánto? _____ No

Nombre del centro de cuidado diurno o del proveedor de cuidados _____

Número de teléfono (____) _____

12. ¿Alguien de su casa paga manutención infantil o pensión alimenticia ordenada por la corte? Sí – Complete a continuación No – Pase a la pregunta 13

Nombre de la persona que lo paga _____

¿Cuánto se paga? _____ ¿Con qué frecuencia se paga? _____

13. ¿Necesita algún niño LaCHIP o Medicaid para los últimos 3 meses debido a que existen cuentas médicas (pagadas o impagas) de ese período? Sí – Complete a continuación No – Pase a la pregunta 14

LaCHIP/Medicaid puede cubrir hasta 3 meses antes de la solicitud si han recibido servicios médicos durante ese período.

¿Quién ha recibido servicios médicos? _____ ¿En qué meses? _____

14. ¿Algún niño ha recibido alguna vez LaCHIP o Medicaid en Louisiana? Sí – Complete a continuación No – Pase a la pregunta 15

Si alguien ha recibido LaCHIP o Medicaid antes y todavía tiene su tarjeta plástica de Medicaid, reactivaremos la misma tarjeta si es certificado nuevamente. No enviaremos una nueva tarjeta si no pide que lo hagamos.

¿Quién necesita una nueva tarjeta Medicaid? _____

15. Si se aprueba a los niños para LaCHIP o Medicaid, revisaremos el caso cada año. Si necesitamos comunicarnos con usted, ¿cómo debemos hacerlo? Teléfono Correo postal Correo electrónico

Debe avisarnos si su información de contacto cambia en algún momento, incluso si el cambio es temporal.

Éste es el fin de la solicitud. FIRME A CONTINUACIÓN.

Al firmar esta solicitud, autorizo al Estado de Louisiana y a sus agentes para que realicen los contactos para verificar la información que he suministrado en esta solicitud. Bajo pena por falso testimonio, certifico que toda la información que he presentado es verdadera. Asimismo, certifico que he recibido y leído los Derechos y responsabilidades que contiene la siguiente página.

 **Firme aquí su nombre:** _____ **Fecha:** _____

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

GUARDE ESTA PÁGINA COMO REFERENCIA

LO QUE MEDICAID TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

INFORMACIÓN DE CAMBIOS: Usted acuerda informar a Medicaid en un plazo de 10 días después de ocurridos los siguientes cambios: 1) si alguien que obtiene Medicaid se muda del estado; 2) si alguien se muda a su casa o de ella; 3) cambios en la dirección postal o el domicilio y 4) cambios en el seguro médico y las cuotas.

CIUDADANÍA Y ESTADO MIGRATORIO: Usted declara que la información acerca de la ciudadanía y el estado migratorio indicados en este formulario es verdadera y correcta.

DECLARACIÓN VERAZ: Usted declara que la información proveída en el formulario de solicitud es verdadera y correcta. Usted entiende que si provee información falsa en forma intencional O si omite intencionalmente información que debería dar, usted y/o la o las personas que solicitan pueden obtener beneficios de salud que usted o ellos no deben obtener. Si eso sucede, se le puede sancionar legalmente por fraude. Asimismo, puede tener que devolver dinero a Medicaid por estas cuentas si se pagaron por error.

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: Usted entiende que verificaremos la información que provee acerca de usted y/o la o las personas que solicitan. Usted acepta ayudar a hacerlo y permitir que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias gubernamentales, empleadores, proveedores médicos y otros.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Usted entiende que los números de Seguro Social sólo se utilizarán para obtener información de otros agencias gubernamentales para tomar una decisión sobre la elegibilidad de usted y/o la o las personas que solicitan Medicaid.

PAGO DE ATENCIÓN MÉDICA POR UN TERCERO: Usted entiende que al aceptar Medicaid, el Departamento tiene derecho a obtener dinero recibido de otras fuentes por usted y/o el o los solicitantes, como pagos de seguro o de arreglos judiciales por servicios que Medicaid ha pagado en su nombre o en nombre del o de los solicitantes.

ENFORCE DE MANUTENCIÓN INFANTIL: Usted entiende que Medicaid sólo enviará información del caso a Child Support Enforcement para solicitar apoyo médico si usted lo solicita. Enviaremos una derivación si el o los padres obtienen Medicaid, a menos que Medicaid determine que usted tiene una buena causa para no cooperar con Support Enforcement (Enforce de Manutención).

LO QUÉ TIENE DERECHO USTED A ESPERAR DE MEDICAID

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA: Usted entiende que puede solicitar una Audiencia justa si cree que una decisión tomada en el caso no es justa, es incorrecta o se tomó demasiado tarde.

NO DISCRIMINACIÓN: Usted entiende que Medicaid no puede tratarle de manera diferente por su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si cree que lo ha hecho, llame a la Oficina Regional de derechos civiles de DHHS de EE.UU, en Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escriba a Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.

OTROS SERVICIOS: Usted entiende que la información sobre WIC, KIDMED y otros servicios de Medicaid se enviará a las personas que son aptas para Medicaid.

Comprobantes que debe enviarnos

Si alguno de los siguientes documentos se aplica a usted y su familia, envíenos copias de ellos. Infórmenos si no puede obtenerlos. Es posible que podamos ayudarle.

Para todos los solicitantes, envíe copias de las tarjetas de seguro (ambos lados).

Para solicitantes que no son ciudadanos estadounidenses, envíe copias de las Tarjetas de residencia permanente (tarjetas verdes) u otros formularios del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos.

Para niños nacidos fuera de Louisiana, envíe comprobante de ciudadanía estadounidense, como certificado de nacimiento, souvenir del certificado de nacimiento, pasaporte estadounidense o documentos de adopción. Visite www.cdc.gov/nchs para obtener una lista de las oficinas de registro civil donde puede solicitar certificados de nacimiento.

Para niños y sus padres, envíe comprobantes de pago del último mes que indiquen el monto bruto (antes de impuestos) o una carta del empleador. Si tiene su propio negocio, envíe copias de la declaración de impuestos del último año y todos sus anexos (schedules). Los abuelos y otros tutores que no sean los padres no tienen que enviar esta información.

Para solicitantes y sus padres, envíe comprobante de ingresos brutos (antes de impuestos) de todo el dinero que no provenga de un trabajo como beneficios de veterano, indemnización laboral y pensión alimenticia. El comprobante puede ser una carta de concesión o declaraciones de impuestos 1099. Los abuelos y otros tutores que no sean los padres no tienen que enviar esta información.

Comprobante de los pagos de cuidado infantil del centro de cuidado diurno. Comprobante de pagos de cuidado de adultos del proveedor de cuidados.

Orden judicial y comprobante de pagos de pensión alimenticia o manutención infantil a personas fuera del hogar. Si se paga a través de Support Enforcement Services (SES) de Louisiana, **no** tiene que enviar un comprobante, simplemente infórmelo.

Si solicita cobertura de LaCHIP/Medicaid para los tres meses anteriores a su solicitud, envíe un comprobante de ingresos para esos meses.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

	NÚMERO DE TELÉFONO	TELÉFONO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA
LaCHIP	1-877-252-2447 1-877-2LaCHIP	1-800-220-5404
KIDMED (EPSDT)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
CommunityCARE (para solicitar un cambio de Médico de atención primaria)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
KIDMED y CommunityCARE Physician Referral Assistance	1-877-455-9955	
Medicaid Services	1-888-342-6207	
Office of Group Benefits (para inscritos en LaCHIP Affordable)	1-800-272-8451	
Transporte (para solicitar servicios de transporte que no sean emergencias)	1-800-259-4444	

SITIOS WEB IMPORTANTES

LaCHIP	www.LaCHIP.org
Otros programas de Medicaid	www.DHH.Louisiana.gov
Busque un médico que acepte Medicaid	www.La-CommunityCare.org
KIDMED (CommunityCARE)	www.La-CommunityCare.org
Solicite o renueve su Medicaid	www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov
Office of Group Benefits (para inscritos en LaCHIP Affordable)	www.GroupBenefits.org
LaMOMS – Medicaid para mujeres embarazadas	www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov

GUARDE ESTA PÁGINA COMO REFERENCIA

**Envíe su solicitud completa a:
LaCHIP
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278**